

SCHEDA PER RECLAMI, SUGGERIMENTI, OSSERVAZIONI

GENTILE Signore / Signora,
con questa scheda, Lei ha l'opportunità di esprimere le Sue osservazioni o i Suoi suggerimenti o di presentare un formale reclamo per eventuali disservizi e, comunque, contro atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria.

Si avverte che la presente scheda deve pervenire entro 15 giorni dal momento in cui la S.V. abbia avuto conoscenza o sia stata oggetto di un comportamento o atto lesivo dei Suoi diritti.

Questa scheda può essere consegnata direttamente dall'Utente alla Direzione Sanitaria che, nel caso di reclamo, provvederà a rispondere per iscritto entro 30 giorni dalla data di protocollazione. Se la scheda viene inserita nell'apposita urna dislocata presso la Direzione Sanitaria, i 30 giorni decorreranno dalla protocollazione successiva allo svuotamento periodico della stessa.

È importante che tale scheda venga compilata e firmata al fine di poter procedere alla risoluzione del Suo problema e quindi a rimuovere l'eventuale disservizio segnalato.

Si fa presente che le indicazioni circa il reparto/servizio, il giorno e l'ora in cui si è verificato l'evento segnalato costituiscono elementi indispensabili per giungere alla piena comprensione dello stesso.

Le informazioni che saranno acquisite attraverso la presente saranno trattate nel rispetto di quanto stabilito nel Decreto Legislativo 196/2003. Sarà, inoltre, garantito il massimo riserbo sulle informazioni ricevute.

Grazie

IL DIRETTORE SANITARIO

RECLAMO

SUGGERIMENTO

OSSERVAZIONE

Il sottoscritto,

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ e-mail: _____

Segnala quanto segue per conto di:

se stesso

altra persona

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ e-mail: _____

Eventuale grado di parentela _____

Possesso di delega



Certificazione Qualità UNI EN ISO 9001:2000 dal 2004

Servizio/Unita' Operativa Interessata _____

Data e ora in cui si è verificato l'episodio _____

Operatori coinvolti nell'evento _____

Descrizione dell'evento _____

Data segnalazione _____ Firma _____



Indirizzo presso il quale si desidera ricevere la risposta:

Nome _____ Cognome _____

Via _____ n° _____

Comune _____ CAP _____

Provincia _____

Io sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, fornisco il mio consenso a che codesta Struttura Sanitaria, ai fini della gestione del contenuto della presente scheda, tratti i miei dati personali e sensibili.

Data, _____

Firma

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE SANITARIA

Protocollo n° _____

Scheda ricevuta in data: _____

Direttamente

Telefonicamente

Servizio postale

Fax

E-mail

Urna

Firma Responsabile _____

